

ACADÉMIE DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1971

N°

32

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Gérard COHEN né le 4 Novembre 1941

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de la Circonscription Sanitaire de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1971

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PROBLEMES DÉMOGRAPHIQUES
A L'ILE DE LA RÉUNION**

Président : M. Henri PEQUIGNOT, Professeur

ACADÉMIE DE PARIS
FACULTÉ DE MEDECINE COCHIN - PORT-ROYAL

Année 1971

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Gérard COHEN né le 4 Novembre 1941

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Interne des Hôpitaux de la Circonscription Sanitaire de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1971

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PROBLÈMES DÉMOGRAPHIQUES
A L'ILE DE LA RÉUNION

Président : M. Henri PEQUIGNOT, Professeur

ACADEMIE DE PARIS
FACULTE DE MEDECINE COCHIN - ROYAL

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Médicine)

GABRIEL COHEN, né le 4 novembre 1904

docteur en Sciences de l'Université de Paris

présentée par M. le Docteur J. B. L. L.



Présentée à l'Université de Paris le 10 décembre 1927

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PROBLEMES DEMOGRAPHIQUES

A L'ILE DE LA REUNION

Présenté par M. le Docteur J. B. L. L.

A mes parents,

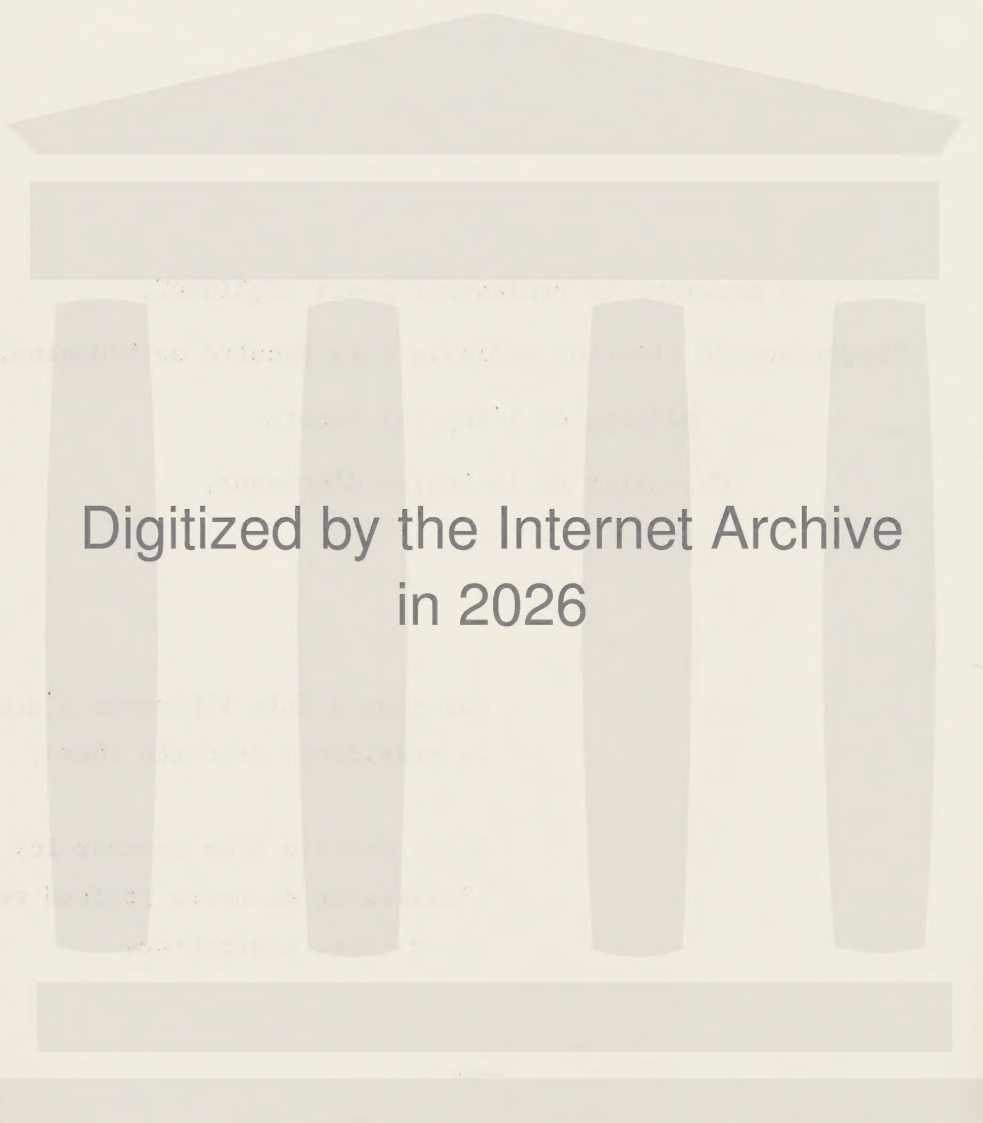
A ma soeur,

A toute ma famille,

A Monsieur le Professeur Henri PEQUIGNOT,
Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine,
Médecin de l'hôpital Cochin,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse,

Qu'il veuille bien trouver ici
l'assurance de notre profond respect
et de notre admiration,



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41556024_0032

A Monsieur le Docteur ERGANIAN

Médecin des Centres d'Orientation Familiale de la Réunion,

Que nous tenons à remercier tout
particulièrement, pour l'aide qu'il
nous a apportée dans la réalisation
de ce travail.

--

A nos Maîtres d'Internat :

- Monsieur le Docteur BAUDRY
Médecin de l'Hôpital de Corbeil-Essonnes

- Monsieur le Docteur ABAZA
Médecin de l'Hôpital de Villeneuve St Georges
Officier de la Légion d'Honneur

--

A nos Maîtres d'Externat :

Monsieur le Docteur DETRIE,
Monsieur le Docteur BLONDIN,
Monsieur le Professeur COUVELAIRE,
Monsieur le Professeur POULET,
Monsieur le Docteur UHRY,
Monsieur le Professeur BOUSSER,
Monsieur le Docteur LANVIN,
Monsieur le Professeur LEPAGE.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES PROBLEMES

=====

DEMOGRAPHIQUES A L'ILE DE LA REUNION

=====

INTRODUCTION

GENERALITES

- Présentation du problème.
- Techniques de contrôle démographique.
- 1°) Aperçu économique,
- 2°) Caractère du peuplement,
 - Historique,
 - Evaluation ethnique.

DEVELOPPEMENT SANITAIRE

EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE

- 1°) Depuis la Seconde Guerre Mondiale,
- 2°) Projection jusqu'en 1985.

CONTROLE DE LA DEMOGRAPHIE

- . Emigration
- . Contrôle des naissances
- 1 - A. R. E. P.
- 2 - Orientation familiale
 - Organisation,
 - Moyens,
 - Techniques utilisées et leur acceptabilité,
 - Résultats de l'activité des centres,
 - Evaluation de l'effet démographique.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

I N T R O D U C T I O N

Ayant eu l'occasion de travailler, alors que j'étais coopérant civil, dans le cadre des centres d'orientation familiale du département de la Réunion, cette expérience m'a permis d'envisager les aspects particuliers du contrôle de la démographie dans cette région qui présente une situation démographique et économique de pays sous-développé alors que les structures administratives sont celles d'un pays développé.

En effet, les moyens financiers, administratifs, sanitaires et sociaux sont ceux d'un département français, alors que la démographie évolue dans le schéma d'un pays du Tiers Monde.

Mais ce qui rend l'étude intéressante est le caractère insulaire de la région, qui permet de quantifier de façon précise certains aspects et en particulier l'émigration.

Ceci peut être fait grâce aux services départementaux de l'I. N. S. E. E. qui suivent mois par mois l'évolution démographique et disposent de tous les chiffres d'état civil et des recensements, ce qui est exceptionnel dans un pays présentant ce type démographique.

Quoi qu'il en soit, une telle étude n'aurait pas de sens si l'on n'isolait au préalable les aspects économiques et sociaux particuliers du département.

GENERALITES

La Réunion, département français de l'Océan Indien, ancien Territoire d'Outre-Mer, départementalisé en 1946, présente une explosion démographique très typique d'un pays du Tiers-Monde.

Celle-ci découle de deux éléments bien distincts :

1°) Une tendance générale à la grande multiparité sans les habitudes de limitation volontaire existant en Métropole.

2°) L'application et le développement d'une politique sanitaire moderne, calquée sur le modèle métropolitain, qui a entraîné un effondrement de la mortalité, en particulier infantile et néonatale.

Ainsi se réalise une situation de surpeuplement grave, dans une région isolée, sans ressources naturelles et vouée artificiellement à une monoculture de survie.

Certes, l'émigration pourrait servir de soupape de sûreté mais elle reste très faible et ne compense pas les apports métropolitains.

Cet apport de métropolitains, voire même d'Antillais, est surtout composé de fonctionnaires. Il est actuellement nécessaire pour deux raisons : tout d'abord, pallier la pénurie relative de Cadres et d'Enseignants locaux. Ensuite, pourvoir d'autorité certains emplois dans lesquels le caractère local du recrutement ferait discuter l'impartialité et l'indépendance des titulaires.

Signalons de plus que le fonctionnaire réunionnais, quant à lui, postule volontiers à des emplois en Métropole où les possibilités de promotion lui semblent plus importantes.

Quoi qu'il en soit, l'émigration est encouragée par un organisme officiel : le Bureau de Migration des Départements d'Outre-Mer (BUMIDOM). Elle pose de nombreux problèmes, en particulier d'insertion professionnelle, sur lesquels nous reviendrons.

Tous ces éléments et en particulier son isolement contribuent à faire de la Réunion un témoin d'efficacité des moyens de contrôle de la démographie, soit trois éléments concertés et organisés :

1°) Développement économique et culturel entraînant une prise de conscience sociale et un besoin individuel accru de bien-être matériel ;

2°) Emigration, qu'elle soit volontaire et spontanée, comme c'est le cas pour les fonctionnaires, mais cela impliquant comme nous l'avons dit une compensation par des apports métropolitains ; ou qu'elle soit suggérée et encadrée par le BUMIDOM dont la doctrine actuelle de formation professionnelle préalable au départ, certes, facilite l'insertion du migrant, mais a l'inconvénient de priver la Réunion de personnel qualifié .

Ceci est typique de l'émigration d'un pays peu développé vers un pays plus avancé qui tend à priver la première de ses élites difficilement formées.

3°) Le contrôle des naissances, enfin, sur lequel nous insisterons car il s'agit de l'aspect proprement médical du problème et il réalise un élément original dans le cadre d'un département français, par son importance technique et son impact sur la population.

A ces trois éléments du contrôle de la démographie s'oppose bien entendu l'évolution de la morbidité et de la mortalité sous l'influence des progrès sanitaires continus. Il s'agit là du facteur primordial dans le déclenchement du déséquilibre démographique dans tous les pays du Tiers-Monde où ont régressé la plupart des grands fléaux : épidémies,

grandes famines, guerres, les catastrophes naturelles restant immuables mais leurs effets étant nettement réduits par l'organisation des secours à l'échelon mondial et des interventions rapides soutenues par de grands moyens techniques.

Ces grandes causes de mortalité historiques étant plus ou moins maîtrisées et la lutte contre la mortalité par maladie devenant de plus en plus efficace, il devient évident que la grande natalité, qui compensait jusqu'alors une importante mortalité, représente maintenant un problème en soi.

APERCU ECONOMIQUE

La Réunion est actuellement vouée à la monoculture et depuis un siècle la culture de la canne à sucre représente plus de 80 % du revenu agricole de l'Ile.

La production a été encouragée et a augmenté rapidement, passant de 200 000 tonnes en 1957 à 260 000 tonnes en 1961. Ces chiffres sont à rapprocher de la production de 1944 qui était tombée à 13 000 tonnes en raison de la guerre.

La production a augmenté par extension des surfaces cultivées : 35 000 hectares en 1968 et par augmentation du rendement à l'hectare. Celui-ci est passé en moyenne de 40 tonnes en 1946 à 70 à 100 tonnes aujourd'hui. En 1968, la Réunion a ainsi pu produire 253 000 tonnes de sucre et 82 000 hectolitres de rhum, ce qui représente 85 % des exportations. Mais le problème de commercialisation est difficile sur un marché largement excédentaire, étant donné la surproduction mondiale.

Enfin, d'un point de vue local, la culture de la canne implique un chômage saisonnier entre les périodes de coupe, c'est-à-dire de Juillet à Février.

Citons, pour être complet, la production de vanille et de plante à parfum, d'intérêt économique mineur. Aussi essaie-t-on de développer actuellement, parallèlement à la culture de la canne, d'autres cultures vivrières et un élevage qui reste encore modeste.

La pêche est certainement une des voies d'avenir du développement économique. Mais elle est pour le moment pratiquement inexistante, se résumant à une pêche côtière artisanale qui menace d'épuiser rapidement la zone côtière, la Réunion d'origine volcanique étant entourée à peu de distance de fonds très profonds. La pêche industrielle de haute mer, ainsi que son infrastructure portuaire et les conserveries restent à créer.

L'industrialisation de l'île, quant à elle, est largement freinée par trois éléments :

- l'absence totale de matières premières ;
- la pauvreté de la production énergétique : 75 000 000 de kilowatt/heure en 1968, d'origine hydraulique, et guère augmentable dans de grandes proportions ;
- l'éloignement des grands centres de consommation.

En dépit de ce tableau pessimiste, le revenu moyen par habitant augmente grâce à l'importance des salaires publics et de l'assistance sociale, ainsi que l'extension du commerce.

Citons en exemple les prestations de sécurité sociale du régime général :

En 1968 :

- | | | |
|--------------------------------|---|------------------------------|
| - Prestations maternité | : | 259,9 millions de francs CFA |
| - Prestations vieillesse | : | 1950,1 millions |
| - Rentes incapacité permanente | : | 192,8 millions |
| - Allocations familiales | : | 3532 millions |

et le traitement de base dans la fonction publique :

- Traitement mensuel du fonctionnaire célibataire au plus bas de la hiérarchie administrative = 80 018 F. CFA en juin 1970.

Mais cet état de fait est fragile car cette importance des subventions et salaires dépend entièrement de la politique métropolitaine et la Réunion est pour l'heure incapable de subvenir à ses propres besoins. Ceci est bien mis en évidence par le niveau du chômage qui atteint 26 000 personnes en 1968 et le déficit de la balance commerciale qui présentait en 1969 un solde négatif de 523 millions de francs métropolitains, découlant des importations croissantes alimentaires et de biens d'équipement opposées à la diminution de la valeur relative des produits agricoles.

Enfin, signalons qu'avec 440 000 habitants au 1er janvier 1970, la Réunion présente une population de 139 personnes au kilomètre carré contre 85 en Métropole, et surtout 4,5 par hectare cultivable contre 1,2 en Métropole.

POPULATION DE LA REUNION

Une caractéristique essentielle est la mosaïque ethnique qui forme la population de la Réunion. Elle a été déterminée par les apports successifs de peuplement sur un territoire encore inhabité au XVIe siècle.

Les premiers colons français débarquèrent en 1664 sous l'égide de la Compagnie Française des Indes Orientales. Rapidement fut organisée l'importation d'esclaves noirs depuis l'Afrique Orientale et Madagascar. La population passe ainsi de 36 000 habitants en 1778 à 105 000 habitants en 1848. Elle a donc triplé en 70 ans.

Une politique d'affranchissement systématique jusqu'à l'abolition de l'esclavage en 1848 a entraîné un brassage de population. Mais la perte de nombreux ouvriers agricoles conduit au recrutement de travailleurs indiens jusqu'en 1885, réalisant la troisième vague de peuplement. Leur nombre atteint 117 000 personnes. Une partie fut rapatriée. Les autres forment le groupe ethnique dit Malabar car les travailleurs furent embarqués sur la Côte indienne de Malabar, à partir des comptoirs français des Indes.

Jusqu'en 1900, on assiste à l'apport d'un petit nombre de travailleurs Somalis, Yéménites, Chinois, Comoriens. Enfin, jusqu'à la fin du XIXe siècle, immigration spontanée de Chinois originaires de la région de Canton et d'Indiens musulmans originaires de l'actuel Pakistan. Ces deux groupes contrôlent actuellement une part importante du commerce.

Après la première Guerre Mondiale, l'immigration est interrompue. C'est que vont se poser des problèmes de surpopulation qui ne prendront toute leur ampleur qu'après 1946 avec le développement sanitaire de l'Ile.

Au total, actuellement, on distingue d'après ALLAIRES (Travail de l'atelier d'urbanisme de la Réunion en 1968) :

- Une population blanche :

• d'une part les créoles, soit descendants des grands propriétaires terriens qui contrôlent la majeure partie des ressources de l'Ile, soit la population dite des " petits blancs " souvent très pauvre.

• d'autre part, les métropolitains, en majorité fonctionnaires et techniciens, environ 10 000.

- Une population d'origine asiatique :

Environ 18 000 jaunes non métissés,
100 000 indiens malabars non métissés,
20 000 indiens musulmans.

- Une population noire d'origine africaine : comprenant quelques dizaines de milliers d'individus.

- Une population métisse : celle-ci englobe la majeure partie de la population, soit environ 160 000 individus.

De nombreuses autres études ont été faites pour essayer de préciser la masse des différents groupes ethniques. On peut retenir la Thèse de DEFOS DU RAU qui apporte les chiffres suivants :

- En 1958, il existait :
 - . 80 000 Blancs sur 320 000 habitants,
 - . 70 % de Noirs et Métis,
 - . 7 000 Chinois
 - . 2 500 Musulmans.

On voit l'augmentation rapide des deux groupes ethniques les plus faiblement représentés : les Chinois sont passés de 7 000 à 18 000 en 10 ans ; les Musulmans sont passés de 2 500 à 20 000 dans le même temps, alors que la population totale passait de 320 000 à 425 000.

Il semble qu'on puisse voir là le réflexe de défense de minorités très développées sur le plan social et sanitaire. Quoi qu'il en soit, l'évaluation la plus récente a été établie en 1970 sur le recrutement du conseil de révision de la classe 1970. Les résultats

ont été les suivants :

- 19,2 % de Blancs,
- 16,3 % d'Indiens Malabars et Musulmans,
- 2,5 % de Chinois,
- 11,6 % d'Africains,
- 50,4 % de Métis.

Ce qui, rapporté à une population globale évaluée à 440 000 individus au 1er janvier 1970 donne les populations suivantes :

- 84 500 Blancs,
- 71 700 Indiens,
- 11 000 Chinois,
- 51 000 Africains,
- 221 800 Métis.

Ces variations dans les résultats montrent tout ce que peut avoir d'approximatif une évaluation forcément subjective étant donné les multiples degrés de métissage observés. C'est ainsi que la population dite métisse varie considérablement suivant les estimations. Il s'agit dans l'acceptation habituelle de métis de blancs et d'africains.

Les métis d'indiens ou de chinois, de morphologie plus caractéristique, et en tous cas beaucoup moins nombreux, ont tendance à être classés dans leur groupe d'origine. De plus, ils s'y incorporent spontanément car ces groupes représentent des milieux plus fermés, au sens communautaire développé et donc attractifs pour ces sujets.

Enfin, il ne faut pas nier la présence à la Réunion d'un certain racisme larvé entre ethnies qui conduit ces métis à se joindre à leur communauté.

DEVELOPPEMENT SANITAIRE DE LA REUNION

Le développement sanitaire de la Réunion a été extrêmement rapide à partir de 1946, expliquant l'effondrement de la mortalité, ce qui fut le moteur essentiel de l'explosion démographique, doublant la population en 30 ans de 220 000 habitants en 1941 à 440 000 en 1970.

Au lendemain de la deuxième Guerre Mondiale, la Réunion est pratiquement ruinée. La consommation de protéines animales est passée de 14,9 kilogrammes par habitant en 1940 à 9,3 en 1946. Le paludisme, la syphilis, la bilharziose sont très répandus. S'y ajoutent deux tares endémiques encore persistantes : l'alcoolisme très important (la Réunion consomme sur place l'essentiel de sa production de rhum) et la consanguinité, favorisée par l'existence de petits groupes familiaux isolés dans les montagnes.

L'expansion médicale très rapide, l'apport de l'assurance sociale, de l'aide médicale gratuite, des cantines scolaires et des différentes formes d'aide sociale ont renversé la situation sanitaire et nutritionnelle.

Paludisme et bilharziose ont disparu. La syphilis, après un net recul est actuellement en recrudescence, comme partout dans le Monde. Les grandes carences protéiques n'existent plus, bien que l'on puisse encore observer des enfants malnutris dans les milieux les plus pauvres, l'alimentation reposant alors presque exclusivement sur le riz.

En 1969, l'encadrement médical est assez satisfaisant : il y avait en décembre 1969 :

- 110 médecins à la Réunion,
- 80 centres de protection maternelle et infantile et dispensaires,
- 1 hôpital psychiatrique,
- 4 hôpitaux départementaux,
- 4 hôpitaux maternité ruraux,
- 2 hôpitaux d'enfants privés,
- 7 cliniques privées.

La situation sanitaire est donc bonne dans l'ensemble, bien que les maladies contagieuses soient toujours présentes : en 1966 ont été déclarées à l'O. M. S. (dernières statistiques publiées) :

- 62 cas de typhoïde,
- 33 tétanos,
- 21 poliomyélites,
- 27 leptospiroses,
- 452 tuberculoses de localisations diverses.

Toutes ces affections restent fréquentes et nous avons pu constater personnellement, sans posséder les statistiques globales, la fréquence élevée avec laquelle nous avons dépisté des tuberculoses et des typhoïdes en milieu hospitalier.

Les cas de parasitose intestinale restent très nombreux mais l'amélioration des conditions sociales (habitat, adductions d'eau) concourt puissamment à la réduction de la létalité. Reste l'alcoolisme extrêmement répandu : la consommation globale d'alcool sous toutes ses formes a augmenté de 5,5 % entre 1964 et 1966.

La syphilis augmente : 15 cas détectés au Centre d'Hygiène Sociale de St Denis en 1960, 52 cas en 1966, 123 cas en 1969. Il reste donc des progrès à accomplir pour atteindre le niveau sanitaire métropolitain. Par exemple : la mortalité infantile de 60 pour 1 000 en

1968 et 1969 est encore triple du taux en Métropole (20 pour 1 000).

Malgré tout, ce développement sanitaire, non accompagné d'un contrôle parallèle de la natalité, risque d'être la cause d'une catastrophe démographique. Et en cela, la Réunion présentant à petite échelle et en vase clos des données évolutives retrouvées à grande échelle dans tous les pays sous-développés, est un excellent test des moyens d'action possibles.

Nous verrons l'importance presque disproportionnée des techniques à mobiliser pour un résultat certes encourageant, mais incertain quant à l'avenir.

Nous étudierons maintenant la population et son évolution depuis la deuxième Guerre Mondiale, époque à laquelle les éléments que nous venons d'envisager sont apparus.

Il y avait en 1946 : 227 000 habitants ;

en 1970 : 440 000 habitants ,

mais l'évolution démographique n'a pas été régulière et l'étude des chiffres permet de caractériser certaines fluctuations.

Il semble logique de n'étudier que les 25 dernières années, bien que l'on ait assisté dès la période 1920 à une augmentation rapide de la population, posant déjà les problèmes d'une surpopulation.

L'excédent naturel annuel moyen était pour les périodes où l'on a pu faire l'évaluation :

- de 1911 à 1921 : 170

- de 1931 à 1936 : 1 900

- de 1939 à 1945 : 3 000, malgré les mauvaises conditions

alimentaires durant la guerre. Mais ce n'est qu'à partir de 1946, qu'entrent en jeu à la fois une poussée nataliste et un équipement sanitaire correct.

Rappelons seulement les estimations de peuplement faites depuis la colonisation (Tableau I).

TABLEAU I

ANNEE	POPULATION
I646	12
I654	13
I670	50
I686	269
I707	734
I713	1 171
I717	2 000
I777	35 469
I804	65 152
I826	87 100
I837	110 000
I848	105 677
I853	152 000
I872	182 700
I877	182 100
I881	172 100
I887	163 900
I902	173 315
I907	177 677
I911	173 822
I921	173 190
I926	186 837
I931	197 933
I936	208 258
I941	220 955
I946	241 667

POPULATION DEPUIS LE DEBUT DU PEUPLEMENT JUSQU'EN 1946.

EVOLUTION DE LA POPULATION DE 1946 A 1970

La Réunion comprenait lors du dernier recensement, le 16 octobre 1967, 416 525 habitants, 54 % d'entre eux étant âgés de moins de 20 ans.

De 1946 à 1970, on peut distinguer trois périodes dans l'évolution démographique :

- de 1946 à 1954
- de 1954 à 1965
- de 1965 à 1970

- Durant la première période, jusqu'en 1954 : on assiste à une augmentation très rapide de la natalité de 11 pour 1 000 (passant de 40,4 pour 1 000 à 51,2 pour 1 000 en 1953).

Simultanément, une décroissance régulière de la mortalité de 22,3 pour 1 000 à 14,8 en 1954 explique que le taux d'accroissement s'élève très rapidement de 17,9 pour 1 000 à 34,8 pour 1 000.

Le taux d'accroissement naturel a pratiquement doublé en 8 ans.

- De 1954 à 1965 : la natalité augmente moins vite et son taux décroît, passant de 49,6 à 42,6 pour 1 000. Décroissance lente de 7 pour 1 000 en 10 ans.

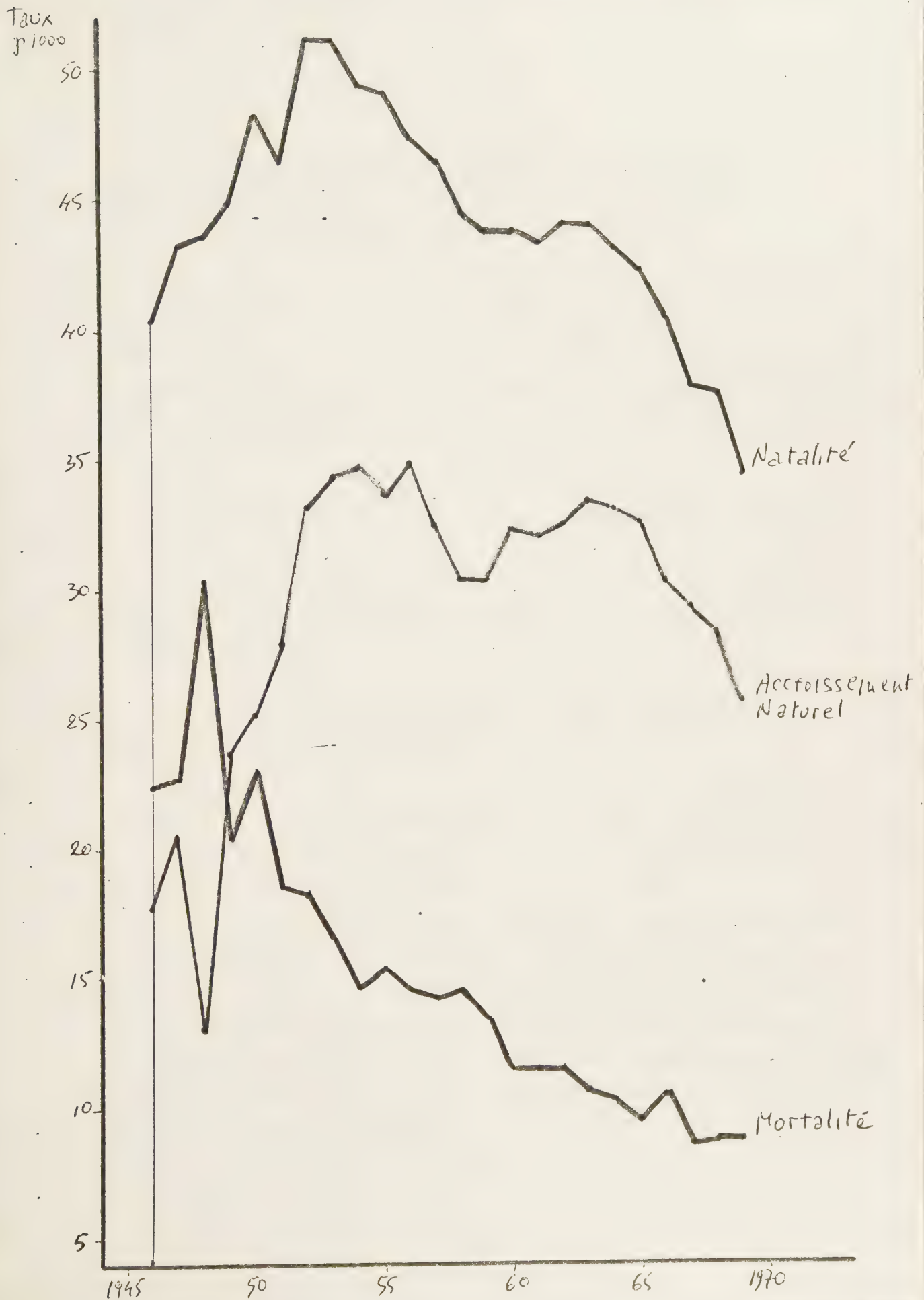
	Population en milliers moyenne	Naissances vivantes	Décès	Décès avant 1 an	morti-natalité	Accroissement naturel
1946	227	9 021	4 985			4 036
1947	231	9 893	5 185			4 710
1948	235	9 932	6 898			3 034
1949	240	10 382	4 690			5 692
1950	245	11 714	5 570			6 144
1951	250,7	11 684	4 653	1 817	831	7 031
1952	257,7	13 231	4 677	1 953	824	8 554
1953	265,5	13 597	4 444	1 484	789	9 153
1954	274,4	13 613	4 064	1 397	723	9 549
1955	286,1	14 082	4 394	1 558	799	9 688
1956	296	14 129	3 746	1257	766	10 383
1957	308,7	14 484	4 364	1 427	841	10 120
1958	317,4	14 271	4 594	1 673	880	9 677
1959	327,2	14 388	4 422	1 553	769	9 966
1960	337,4	14 856	3 892	1 238	900	10 964
1961	347,9	15 205	4 001	1 344	807	11 204
1962	358,9	15 937	4 121	1 345	978	11 816
1963	371	16 482	4 058	1 158	931	12 424
1964	383,7	16 681	3 960	1 297	824	12 721
1965	396,4	16 869	3 814	1 271	846	13 055
1966	407,9	16 688	4 280	1 338	967	12 408
1967	419,4	15 957	3 586	968	885	12 371
1968	424,1	15 857	3 763	941	830	12 094
1969	435,2	15 154	3 857	945	774	11 297
1/1/1970	440,7					



Mortalité







Dans le même temps, la mortalité continue à diminuer régulièrement, de façon à peu près parallèle, ce qui entraîne une stabilisation du taux d'accroissement.

- de 1965 à 1970 : on observe pour la première fois une chute du nombre des naissances. Le taux de natalité décroît plus vite, de 42,6 à 34,8 pour 1 000, soit 7,8 pour 1 000 en 5 ans. Le mouvement amorcé en 1954 a doublé sa vitesse. La mortalité chute moins vite, son taux restant stable les trois dernières années. Malgré tout, le taux d'accroissement diminue vite de 7 pour 1 000 en 5 ans.

Ces chiffres appellent quelques remarques supplémentaires :

1°) Tout d'abord, il faut noter que la mortalité néo-natale évolue moins vite que la mortalité générale, sa valeur absolue restant la même depuis 1950.

2°) La mortalité infantile quant à elle régresse vite et est divisée par 2 en valeur absolue entre 1950 et 1969.

3°) L'évolution générale des taux de mortalité montre :

- un taux de mortalité passant de 22,3 pour 1 000 en 1946, à 8,8 pour 1 000 en 1969 ; soit une chute de 13,5 pour 1 000.

- un taux de mortalité infantile passant de 155 pour 1 000 en 1950 à 62,3 pour 1 000 en 1969, ce qui montre bien les progrès faits dans ce domaine et souligne le fait que l'abaissement du taux de mortalité générale s'est fait surtout aux dépens de la mortalité infantile, ce que confirment les chiffres absolus : diminution de 860 décès de la mortalité infantile entre 1950 et 1969 ; diminution de 810 décès de la mortalité générale dans le même temps.

MOUVEMENT NATUREL DE LA POPULATION DE 1946 AU 1er JANVIER 1970

	natalité pour 1 000	mortalité pour 1 000	mortalité in- fantile p./oo	accroissement naturel p/oo
1946	40,4	22,3		17,9
1947	43,4	22,7		20,5
1948	43,7	30,4		13
1949	45	20,3		23,9
1950	48,4	23		25,1
1951	46,6	18,6	155	28
1952	51,3	18,1	148	33,2
1953	51,2	16,7	109	34,5
1954	49,6	14,8	102	34,8
1955	49,2	15,3	110	33,9
1956	47,7	14,7	89	35
1957	46,9	14,1	98	32,8
1958	44,9	14,4	117	30,5
1959	44	13,5	108	30,5
1960	44	11,5	83	32,5
1961	43,7	11,5	88	32,2
1962	44,4	11,5	84	32,9
1963	44,4	10,9	70	33,5
1964	43,5	10,3	78	33,2
1965	42,6	9,6	75	32,9
1966	40,9	10,5	80	30,4
1967	38,1	8,6	60	29,5
1968	37,9	8,8	59,3	28,5
1969	34,8	8,8	62,3	25,9

Il est intéressant de rapprocher ces chiffres démographiques des taux métropolitains que nous rappelons :

En France métropolitaine, la population est passée de 50 105 000 habitants au 1er janvier 1969 à 50 545 000 au 1er janvier 1970, par le jeu de l'accroissement naturel et de l'immigration. En 1969, le taux brut de natalité était de 16,6 pour 1 000 ;

- mortalité : 10,8 pour 1 000
- mortalité infantile : 20,1 pour 1 000
- natalité : 835 000 naissances,

et un taux d'accroissement naturel de 5,8 pour 1 000. Il y avait enfin 33 pour 100 de sujets de moins de 20 ans.

On voit que :

- le taux de natalité réunionnais est double du taux métropolitain : 34,8 pour 1 000 contre 16,6 pour 1 000 ;
- le taux de mortalité générale est comparable et c'est souligner le développement sanitaire du département ;
- par contre, la mortalité infantile reste importante : 62,3 pour 1 000 contre 20,1 pour 1 000 en Métropole, taux lui-même élevé si on le compare aux autres pays développés.

La caractéristique la plus intéressante de la population réunionnaise actuelle est d'être une population jeune. La répartition par tranches d'âge et par sexe est la suivante, d'après l'I. N. S. E. E. (Tableau II), en fait légèrement surévaluée, le chiffre réel étant 440 700. On voit que 58 % de la population a moins de 20 ans. Donc on retrouve un autre caractère de ce type de démographie : une population très jeune.

Enfin, il faut insister car c'est là l'essentiel de ce bilan sur le nombre des femmes fécondes de 15 à 45 ans et leur taux de fécondité. C'est sur ce facteur que cherche à agir le contrôle des

naissances et sa réduction est un élément majeur de l'évolution démographique.

Le nombre de femmes réunionnaises de 15 à 45 ans est :
en 1954 : 60 540 pour 13 613 naissances,
en 1961 : 70 800 pour 15 205 naissances,
au 1er janvier 1970 : 90 200.

Les taux de fécondité correspondants, en admettant 15 000 naissances pour 1970 sont :

- en 1954 : 227 pour 1 000
- en 1961 : 217 pour 1 000
- en 1970 : 165 pour 1 000

donc une diminution réelle, mais ces chiffres restent très importants si on les compare aux taux métropolitains.

Rappelons qu'en France, il y avait au 1er janvier 1970, pour une population de 50 445 400 habitants, 10 247 300 femmes de 15 à 45 ans, et qu'il y a eu en 1969, 835 000 naissances, soit un taux de fécondité de 81 pour 1 000.

Après avoir étudié l'évolution démographique du pays dans les années écoulées, il est essentiel d'évaluer l'évolution future de la population, ne serait-ce que pour tenter une planification économique.

Bien entendu, celle-ci se modifiera sensiblement selon que l'évolution sera laissée à elle-même ou que l'on fera intervenir les techniques d'inflexion de la démographie dont l'étude est notre propos.

REPARTITION DE LA POPULATION AU 1/1/1970 PAR AGE ET PAR SEXE

	sexe masculin	sexe féminin	Ensemble
0 à 4 ans	41 258	41 151	82 409
5 à 9 ans	35 241	35 148	70 389
10 à 14 ans	29 986	29 691	59 677
15 à 19 ans	25 323	25 052	50 375
20 à 24 ans	18 051	17 713	35 764
25 à 29 ans	11 589	14 061	25 650
30 à 34 ans	11 978	12 987	24 965
35 à 40 ans	10 113	10 390	20 503
40 à 44 ans	9 577	10 031	19 608
45 à 49 ans	7 759	8 134	15 893
50 à 54 ans	6 291	6 856	13 147
55 à 59 ans	5 172	5 761	10 933
60 à 64 ans	3 500	4 507	8 007
65 à 69 ans	2 062	3 153	5 215
70 à 74 ans	1 315	2 418	3 733
75 à 79 ans	646	1 555	2 201
80 ans et plus	374	1 119	1 493
0 à 19 ans	131 808	131 042	262 850
20 à 59 ans	80 530	85 933	166 463
60 ans et plus	7 897	12 752	20 649
Tous âges	220 235	229 727	449 962

PROJECTION DE LA POPULATION

En partant des données actuelles, on peut évaluer les perspectives de population dans les années 75 à 85. Il s'agit bien sûr d'un élément essentiel des prévisions de développement et d'investissement local.

La Direction Générale de l'IN. S. E. E. a réalisé cette étude en vue de la préparation du VI^e plan. Il a été tenu compte de la population aux recensements de 1954, 1961 et 1967 :

- en 1954 : 276 400
- en 1961 : 306 400
- en 1967 : 416 500

avec des taux d'accroissement annuels moyens intercensitaires de :

- 1954 à 1961 : 3,3 %
- 1961 à 1967 : 3,1 %

Les hypothèses retenues sont les suivantes :

1°) La mortalité se maintiendra à son niveau actuel. Ce n'est pas conforme à l'évolution prévisible puisqu'il est certain que la baisse se poursuivra. Toutefois, les effets sur l'évolution démographique seront relativement moins importants que ceux des autres facteurs.

2°) Les migrations ont été évaluées selon deux hypothèses :

- soit solde migratoire nul,
- soit déficit migratoire annuel constant de 3 000 personnes,

les migrants se répartissant comme actuellement :

- 80 % ont moins de 30 ans ;
- 50 % sont des femmes.

3°) La fécondité a également été estimée selon deux hypothèses

- soit maintien des taux observés en 1966,
- soit baisse régulière de ces taux de fécondité de façon qu'ils atteignent en 1992 le niveau observé en 1966 en Métropole ; c'est-à-dire décroissance de moitié en 25 ans.

Donc, quatre séries de projection en découlent :

- A . Solde migratoire nul et fécondité constante,
- B . Solde migratoire négatif et fécondité constante,
- C . Solde migratoire négatif et fécondité décroissante,
- D . Solde migratoire nul et fécondité décroissante.

Projection de la population totale estimée au 1er janvier des années décennales et semi-décennales à partir des évaluations basées sur les recensements, en milliers de personnes :

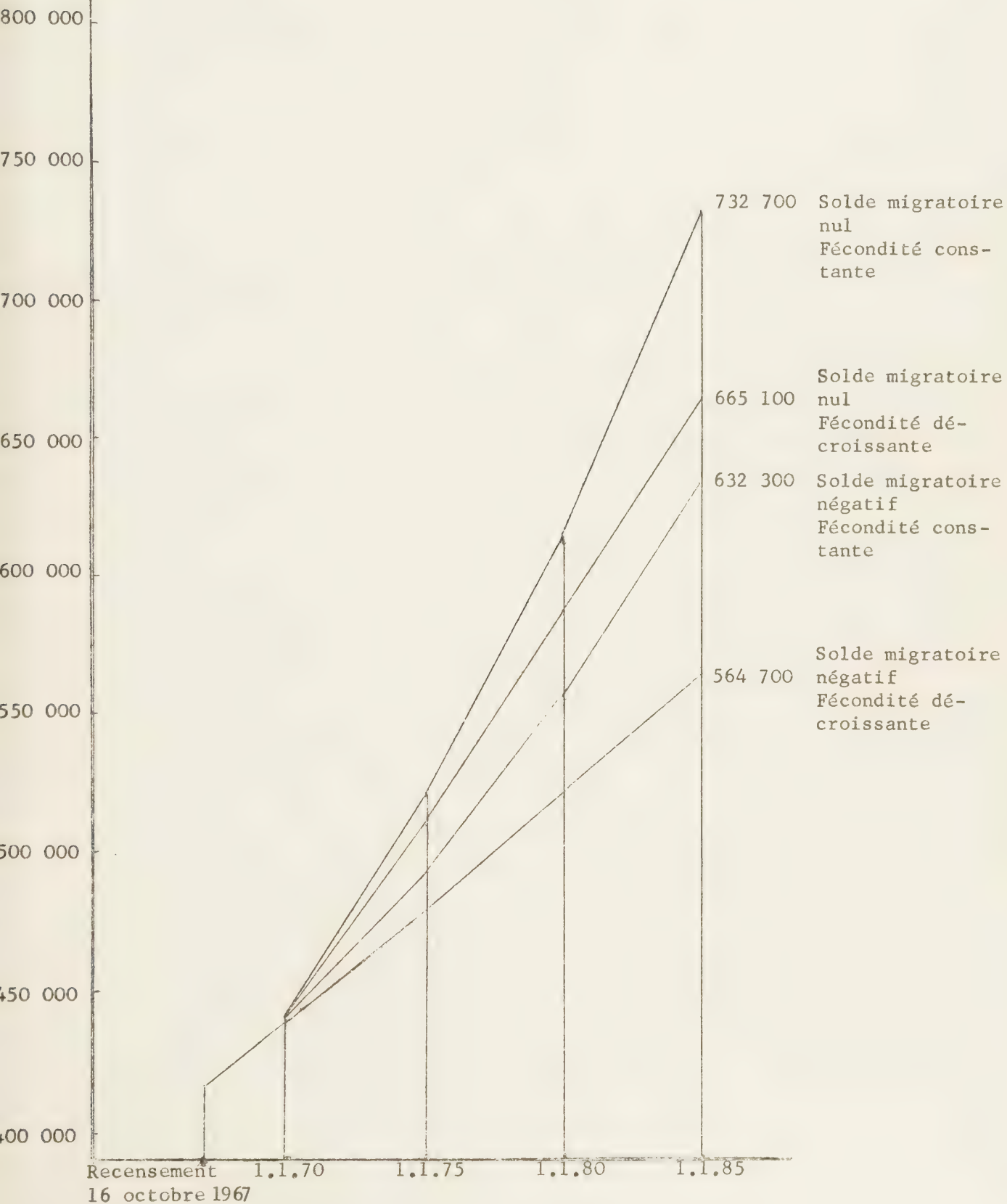
ANNEE	HYPOTHESE A	B	C	D
1970	444	437	435	442
1975	520	490	479	509
1980	615	553	522	584
1985	733	632	565	665

A titre de comparaison, voici ce qu'indiquaient les perspectives élaborées par la Direction Générale de l'I.N.S.E.E. pour

PROJECTION DE LA POPULATION TOTALE SELON 4 HYPOTHESES

- 25 bis -

Population



l'élaboration du Ve Plan :

- 1970 : 450 000
- 1975 : 534 000
- 1980 : 637 000
- 1985 : 757 000

On peut voir sur ces chiffres que la première évaluation est supérieure à l'hypothèse forte de 1968. L'accroissement de la population a été donc inférieure aux évaluations de 1960.

Par ailleurs, le chiffre de 440 700 habitants atteint au 1er janvier 1970 se place entre les estimations selon l'hypothèse la plus forte et l'hypothèse la plus faible, signe d'une inflexion prévisible nette lorsque seront mis en oeuvre pleinement l'émigration et le contrôle des naissances.

Ainsi sommes-nous en possession des éléments démographiques de base de la Réunion. Le problème de ce département, calqué sur le Tiers Monde, est simple à poser s'il est difficile à résoudre. Il faut hisser son niveau économique et le niveau de vie de ses habitants vers ceux de la Métropole. Cette croissance fragile, car tributaire d'une métropole lointaine, est constamment remise en cause et menacée d'échec par la surpopulation galopante.

En effet, faute d'avoir mené, parallèlement aux actions médicales et sociales tendant à un meilleur état sanitaire de la population et à une diminution de la mortalité, des efforts en vue de limiter le nombre des naissances, la Réunion dispose du taux d'accroissement le plus élevé de tous les départements français, y compris les autres départements d'Outre-Mer en dehors de la Guyane.

Taux d'accroissement métropolitain : 0,58 % en 1969.

Taux d'accroissement annuel moyen entre les recensements de 1954, 1961, 1967 :

<u>1954 - 1961</u> :	Réunion	: 3,3 %
	Guadeloupe	: 2,9 %
	Martinique	: 2,6 %
	Guyane	: 2,7 %

<u>1961 - 1967</u> :	Réunion	: 3,1 %
	Guadeloupe	: 1,8 %
	Martinique	: 1,7 %
	Guyane	: 4,8 %

Ce taux Réunionnais conduit au doublement de la population en 22 ans sur une île où la densité, ramenée au kilomètre carré de surface cultivée atteint 600, indice d'une surpopulation certaine dès à présent.

Les conséquences directes de cette situation sont faciles à dégager :

- l'avenir économique et social est compromis ;
- il existe une population très jeune, plus de la moitié des habitants ayant moins de 20 ans. Il faut l'éduquer, la faire accéder à des emplois dans un départements où le marché du travail est très étroit.
- la population est nombreuse et son très faible pouvoir d'achat nécessite une assistance économique importante.

Tels sont les éléments démographiques actuels et projetés dans les quinze prochaines années à la Réunion. Nous allons maintenant étudier les différentes méthodes pratiquées pour tenter d'infléchir le nombre prévisible des habitants en 1985.

ETUDE DES ELEMENTS MODIFIANT L'EVOLUTION

DEMOGRAPHIQUE DITE NATURELLE

L'EMIGRATION :

Encouragée par un organisme officiel : le BUMIDOM, elle se heurte à l'attachement des Réunionnais pour leur Ile.

Une expérience très limitée a été tentée dès 1952 vers Madagascar. L'implantation d'un petit groupe de Réunionnais fut un échec.

L'émigration vers la Métropole est plus satisfaisante, mais elle présuppose une formation technique des émigrants, afin de permettre leur insertion dans le marché du travail français. En général, le candidat à l'émigration n'est pas qualifié au départ. Il faut donc préalablement résoudre ce problème de formation professionnelle. Cette nécessité ralentit considérablement l'action du BUMIDOM.

Les premiers départs ont eu lieu en 1962 avec 220 migrants. En 1969, 3 314 personnes ont émigré. Mais ceci compense à peine les entrées de métropolitains, surtout de fonctionnaires. Ceux-ci, comme nous l'avons évoqué plus haut, arrivent surtout en complément de cadres locaux insuffisamment nombreux. Mais, il est incontestable qu'ils occupent des postes qui pourraient être pourvus par des Réunionnais après éducation et formation professionnelle. Inversement, bon nombre de Réunionnais aspirent à profiter de leur statut de fonctionnaire pour partir en Métropole, mais ils sont certainement moins nombreux à partir que les métropolitains à arriver, bien que l'on manque ici de statistiques précises.

MOUVEMENT MIGRATOIRE

	Entrées	Sorties	émigration organisée de travailleurs	Solde migratoire
1956	7 400	7 582		- 182
1957	8 052	7 908		+ 144
1958	9 070	9 590		- 520
1959	9 351	9 596		- 245
1960	10 916	11 886		- 970
1961	13 651	14 388		- 737
1962	21 021	19 040	220	+ 1 981
1963	21 782	20 151	685	+ 1 361
1964	23 721	23 471	921	+ 250
1965	24 303	25 322	1 897	- 1 019
1966	27 084	28 970	2 577	- 1 886
1967	29 853	29 759	3 011	+ 94
1968	31 837	32 779	3 103	- 942
1969	37 884	38 189	3 314	- 305
<u>TOTAL</u>			15 728	- 2 976
De 1962 à 1969			:	- 470

Soulignons que malgré le départ organisé de 15 728 travailleurs de 1962 à 1969, le solde migratoire est pratiquement nul :

- solde négatif de 2 976 personnes depuis 1956
- solde négatif de 470 personnes de 1962 à 1969

Ceci est dû en partie à une brusque inversion du solde migratoire en 1962, 1963 et 1964 avec augmentation très nette du nombre des entrées et des sorties de 1961.

Peut-être, peut-on rattacher cet apport brutal à l'arrivée de Français d'Afrique du Nord après l'indépendance de l'Algérie, bien qu'ils n'aient pas été dénombrés officiellement. Il est certain que vit actuellement à la Réunion une petite population originaire d'Afrique du Nord.

Quoi qu'il en soit, le but envisagé par le BUMIDOM est d'obtenir un solde négatif de 3 000 individus par an. Ceci est encore loin d'être réalisé. L'action de l'émigration voit son efficacité démographique augmenter du fait qu'elle concerne des sujets jeunes :

- 60 pour 100 des émigrants ont moins de 20 ans,
 - 88 pour 100 ont moins de 30 ans,
- ceci sur la période de 1966 à 1968.

La répartition par sexe calculée sur l'ensemble de l'émigration de 1962 à 1969 montre que l'émigration intéresse 59,4 % d'hommes et 40,6 % de femmes, et tend actuellement à un nombre égal d'hommes et de femmes. Mais la migration soulève des problèmes :

Abandons avant le départ :

Sur 100 personnes ayant manifesté une intention de partir, 13 seulement partent. La moitié des candidats abandonnent spontanément. Le reste est éliminé après examen psychotechnique.

C'est souligner le fait, bien que ce type d'orientation n'ait qu'une valeur relative, que seuls partent les sujets les plus qualifiés. Et qu'ainsi l'émigration contribue à appauvrir le pays en cadres et techniciens potentiels en y abandonnant les sujets les moins valables.

Il y a là un problème d'autant plus complexe que si l'on inversait les critères, ces derniers éprouveraient d'énormes difficultés d'insertion.

Problème de l'insertion en Métropole :

Les difficultés sont souvent très grandes et la non réussite sur le plan professionnel provient surtout de difficultés d'adaptation. Le migrant désire souvent prolonger à l'arrivée son état d'assisté social et reste à la charge du BUMIDOM et des comités d'accueil réunionnais. On a tenté d'évaluer la réussite ou l'échec de l'émigration en décomptant les retours ultérieurs. Il y a eu environ 60 à 80 retours par an de 1966 à 1969. Donc un taux de réussite apparemment bon et en amélioration étant donné le nombre croissant des migrants d'année en année.

Mais il est impossible évidemment d'évaluer le nombre de ceux qui se retrouvent si découragés ou sans ressource qu'ils ne peuvent même envisager le retour.

Problème de l'immigration clandestine :

Il existe à la Réunion une immigration plus ou moins clandestine contre-balançant l'action du BUMIDOM. Elle est surtout le fait de Comoriens, de Malgaches et de Mauriciens qui viennent chercher à la Réunion des conditions économiques plus favorables que dans leur pays. Comoriens et Malgaches peuvent, en effet, entrer à la Réunion sans limitation de durée et sans visa. Pour les Mauriciens, la durée du séjour sans visa a été abaissée de 3 mois à 1 mois afin de lutter contre l'apport de main d'oeuvre en surnombre.

AU TOTAL : l'émigration sous sa forme actuelle n'apporte pas une solution satisfaisante au problème démographique réunionnais pour des raisons uniquement quantitatives. L'augmentation du nombre des migrants est pourtant régulière, malgré les obstacles que nous avons évoqués. Le but actuel est d'atteindre un solde migratoire négatif de 3 000 personnes.

Nous avons vu que cet élément à lui seul permet alors, selon l'hypothèse B, des projections de population d'abaisser de 100 000 personnes la population maximale en 1985, ceci en tenant compte du fait que sur 3 000 migrants, il y a 700 femmes de 20 à 24 ans de taux de fécondité maximal et 1 400 femmes de 15 à 40 ans.

On réduit ainsi en 1985 la population de 45 000 personnes et 55 000 enfants virtuels.

LE CONTROLE DES NAISSANCES :

Deux organismes ont tenté à la Réunion, selon des optiques et avec des moyens très différents, de limiter la natalité. Ce sont l'Association Réunionnaise d'Education Populaire (A. R. E. P.) et l'Association d'Orientation Familiale.

L'A. R. E. P. :

Ce mouvement fondé en 1962 a entrepris d'emblée, parmi d'autres activités sociales, une tentative de limitation des naissances. Les techniques proposées sont les techniques dites naturelles : méthode thermique et continence périodique, seules proposées et défendues par l'association.

On conçoit que le haut niveau social et moral exigé par ces techniques ne les réserve qu'à un petit nombre de couples bien éduqués

et encadrés. L'action démographique est pratiquement négligeable mais cette action a eu l'énorme importance d'introduire la notion de limitation volontaire des naissances dans une population qui l'ignorait totalement jusqu'alors.

Actuellement, l'A. R. E. P. suit et contrôle environ 1 millier de couples. Nous n'insisterons pas plus sur cette organisation qui accomplit un très important effort d'éducation sociale au sein duquel le contrôle des naissances n'est qu'une activité secondaire.

L'ASSOCIATION D'ORIENTATION FAMILIALE DU DEPARTEMENT DE LA REUNION :

L'association a été fondée en juin 1966 sous l'impulsion du Docteur LAGOURGUE, Président du Conseil général du département, avec le but d'introduire les méthodes de contrôle des naissances à la Réunion sur une grande échelle, le conseil général ayant conscience de l'urgence du problème.

Les premiers centres de consultation ont été ouverts le 3 avril 1967 et les centres se sont rapidement multipliés au point de couvrir pratiquement toutes les zones habitées.

L'association est dirigée par un conseil de gestion et reçoit son financement du fond d'action sanitaire et sociale du département. Elle reçoit également des subventions privées. D'emblée, afin de toucher la masse pauvre de la population, les consultations comme les prescriptions sont totalement gratuites, l'organisation allant jusqu'à rembourser le transport des femmes venant de loin.

Les commandes des différents centres en produits contraceptifs sont regroupés au centre de Saint Denis et adressées directement aux laboratoires pharmaceutiques, ce qui permet un prix de revient minimal.

L'association cherche à joindre le plus grand nombre de femmes possible, grâce à une importante publicité par voie d'affiche, par des émissions radiophoniques, par l'adjonction d'encarts aux feuilles de soin de la sécurité sociale, par la réalisation de films et par des conférences des médecins attachés aux centres.

Actuellement, l'organisation est la suivante : aux quatre centres ouverts le 3 avril 1967 à Saint Denis, Saint André, Saint-Paul et Saint Pierre, c'est-à-dire dans les grands foyers urbains, sont venus s'ajouter huit autres centres répartis dans toute l'Ile.

Ces douze centres fonctionnent grâce à cinq équipes médicales comprenant chacune un médecin à plein temps assisté d'infirmières, secrétaires et assistances sociales. Ces dernières se chargent de suivre à domicile les femmes en traitement. A l'action de ces équipes s'ajoute le travail de la plupart des médecins généralistes de l'Ile. En effet, s'ils en font la demande, l'association les alimente en moyens contraceptifs qu'ils peuvent ensuite distribuer gratuitement à leur clientèle. Ceci est intéressant car on peut ainsi atteindre une partie des femmes qui répugnent pour des raisons diverses à s'adresser aux centres.

Enfin, actuellement, les maternités publiques tendent à mettre en oeuvre des contraceptions au décours des accouchements.

Les méthodes employées :

Les centres disposent de la plupart des méthodes existant actuellement. Ce sont :

- 1 - le diaphragme,
- 2 - le préservatif masculin,
- 3 - le stérilet dont deux modèles sont utilisés :
la boucle de Lippes et le safe T coil.
- 4 - un progestatif retard, injectable trimestriellement,

le Dépo-provera, contenant 150 mg d'acétate de Médroxy-Progestérone.

5 - Enfin, les oestroprogestatifs oraux dont 5 marques sont utilisées, permettant d'ajuster la prescription à chaque cas :

ANOVLAR associant 4 milligrammes de Noréthistérone à 50 microgrammes d'éthinyl-oestradiol ;

MILLI-ANOVLAR associant 1 milligramme de Noréthistérone à 50 microgrammes d'éthinyl-oestradiol ;

OVARIOSTAT associant 2,5 milligrammes de Lynestrénol à 75 microgrammes de Mestranol ;

NORACYCLINE associant 2,5 milligrammes de Lynestrénol à 75 microgrammes de Mestranol ;

OVULENE associant 1 milligramme d'Ethinodiol à 100 microgrammes de Mestranol.

6 - L'acétate de chlormadinone à 1/2 milligramme en prise continue était utilisé jusqu'à son retrait de la distribution à la fin de 1969.

Toutes ces méthodes sont utilisées avec une fréquence très variable, presque par modes chez les patientes qui manquent de motivations très fortes dans la plupart des cas, étant donné la tradition de grandes familles à la Réunion. Elles ont de plus tendance au changement accusant souvent la technique qu'elles utilisent de toute affection intercurrente, malgré l'effort d'éducation des équipes médicales.

Nous allons étudier successivement la tolérance de chacune de ces méthodes en fonction de notre expérience propre.

La contraception orale :

Elle est très utilisée mais astreignante et responsable de multiples échecs, de nombreuses femmes interrompant leur traitement sous des prétextes variés ou négligeant de renouveler leur prescription.

Il est ainsi fréquent de voir revenir des femmes qui étaient sous contraception orale après un arrêt suivi d'une grossesse.

Certes, il s'agit là d'un problème d'éducation mais il faut aussi reconnaître la responsabilité d'un certain fatalisme et de l'insouciance du Réunionnais, ainsi, dans bien des cas que celle de l'opposition de l'Eglise, extrêmement influente à la Réunion. C'est ainsi que l'on note un nombre important d'abandons durant la période de Pâques.

Au contraire, les inconvénients propres aux contraceptifs, à type de nausées, de prise de poids, de métrorragies sont dans notre expérience rarement une cause d'abandon, mais plutôt de changement de produit. Là, en effet, l'éducation peut pleinement s'exercer, les femmes admettant très bien ces inconvénients passagers si elles sont suffisamment motivées pour surmonter leurs préjugés sociaux.

Le stérilet :

Ici, les abandons sont beaucoup plus fréquents du fait d'une mauvaise compréhension et d'une opposition fréquente des maris.

Il est considéré comme une prothèse, un corps étranger qui change la personnalité de la femme, voire perturbe les rapports sexuels. Les tabous sexuels et religieux sont puissants en ce qui concerne cette méthode avec un taux d'abandon de près de 25 %. Ces abandons se font rarement pour des raisons médicales : infection ou métrorragies ou expulsions répétées. Le plus souvent, il s'agit d'une intolérance psychologique, que ce soit de la femme ou du mari.

Il s'agit là d'un problème important car dans ses principes, la contraception intra-utérine est une méthode séduisante en pays sous-développé, ne demandant aucune précaution ni aucune coopération de la femme.

L'injection trimestrielle de progestatif-retard :

Introduite dans le second trimestre de 1969, cette méthode a rapidement bénéficié d'une grande demande de la part des consultantes. Elle a souvent pris le relais d'une autre méthode, quitte à être abandonnée après trois mois. En effet, elle entraîne avec une grande fréquence, aménorrhées et métrorragies parfois abondantes. Toutes deux sont mal tolérées et il faut souligner l'importance énorme que les femmes attachent à la survenue de règles, en dehors de toute crainte de grossesse.

Même pleinement rassurées par des tests de grossesse négatifs et l'affirmation médicale de leur stérilité, l'absence d'écoulement de sang provoque toute une pathologie imaginaire mais très poétique, à type de surcharge de la grande circulation : " le sang est mauvais, empoisonné, infecté ".

Nous n'avons jamais pu valablement convaincre une femme que la menstruation n'est qu'un épiphénomène de son équilibre hormonal. Il s'agit là d'un des plus anciens tabous de l'humanité, très implanté, même dans les pays développés et chez les sujets d'un bon niveau culturel.

On ne peut guère espérer le vaincre que par une éducation sexuelle efficace durant l'adolescence, transformant cet épisode mystérieux en un banal mécanisme physiologique. Mais on en est encore

loin en Métropole, et à plus forte raison à la Réunion.

On ne peut donc penser faire comprendre à ces femmes de bas niveau culturel de telles notions, mais les jeunes générations seront peut-être mieux éduquées.

Quoi qu'il en soit, les perturbations du cycle conduisent en général à l'adjonction d'un traitement parallèle, ce qui diminue largement l'intérêt de la méthode pour la femme, mais laisse subsister l'élément essentiel : une stérilité de plusieurs mois ne nécessitant pas la coopération de la femme.

La sécurité de la méthode est bonne et la stérilité souvent prolongée 6 à 7 mois. Elle s'applique volontiers aux femmes incapables de se plier à une discipline contraceptive, son inconvénient majeur étant que la réversibilité n'est pas immédiate, contrairement au stérilet par exemple.

Mais le progestatif n'a jamais dans notre expérience entraîné d'opposition psychologique, contrairement à la contraception intra-utérine.

Les préservatifs :

Le diaphragme vaginal est très rarement proposé aux femmes, seulement lorsqu'existe une contre-indication médicale à toute autre méthode. Il est de même rarement demandé et rarement efficace.

La plupart des utilisatrices sont des Métropolitaines qui l'employaient déjà avant leur arrivée à la Réunion.

Au contraire, les préservatifs masculins sont souvent prescrits en technique d'appoint, par exemple lorsqu'une femme vient consulter au milieu de son cycle. Très rarement, ils sont prescrits comme seule technique contraceptive, à la demande expresse du mari.

Telles sont les méthodes proposées au cours des consultations après évaluation des contre-indications médicales.

Ces consultations suivent un ordre rigoureux. Chaque nouvelle consultante est reçue par une secrétaire qui prépare un dossier en précisant l'état civil de la femme (l'anonymat n'est pas admis). On précise également l'âge, la parité, l'éthnie, le sexe des enfants, le nombre d'avortements et leur caractère provoqué ou spontané.

Il faut souligner qu'il n'y a aucune condition d'âge, de parité ou de mariage pour les consultantes. En effet, il y a de nombreuses grossesses dès l'âge de 14 ou 15 ans et 20 % des naissances sont illégitimes.

Les femmes sont ensuite reçues par une assistante sociale qui leur expose les techniques utilisables et leur demande une préférence éventuelle.

Enfin, vient le temps proprement médical de la consultation. Chaque femme est examinée sur le plan général et gynécologique avant la mise en route d'une contraception. En cas de suspicion de grossesse, des réactions immunologiques sur les urines sont immédiatement pratiquées.

Enfin, vient le temps très long de discussion avec ces femmes mal informées qui pensaient souvent que la consultation à elle seule les stérilise. En fait, ceci est de moins en moins vrai grâce à une information de bouche à oreille, avec tout ce que cela implique d'erreurs.

Il arrive que les femmes viennent avec leur mari. En fait, c'est rare et il est plus fréquent qu'elles viennent en cachette, les hommes étant souvent très réticents. On est parfois ainsi conduit à prescrire stérilet ou injection trimestrielle pour la seule raison que le mari ne risque pas de s'apercevoir de la contraception.

Les motivations des consultantes se renforcent avec le temps et l'accroissement du niveau de vie, ce qui laisse à penser que les abandons vont diminuer.

Nous avons regroupé en deux tableaux le résultat de l'activité de l'association d'orientation familiale de l'ouverture au 30 juin 1970.

Nous allons étudier les résultats qui s'en dégagent avant d'évaluer les perspectives d'avenir et l'effet sur la population.

Résultats obtenus :

Il convient tout d'abord de souligner que durant la période considérée, le nombre de centres du département a été variable, en augmentant progressivement.

Du 3 avril 1967 au 30 juin 1970, 17 273 femmes ont été examinées et conseillées au cours de 72 679 consultations, soit une moyenne de 4,2 consultations par femme.

On peut estimer avec une certaine approximation qu'une femme vue début 1969 pour la première fois a été revue 3 ou 4 fois en 1 an et demi pour surveillance : en fait, la fréquence est supérieure si l'on fait intervenir le nombre de femmes ayant abandonné toute contraception et les échecs, soit 5 % des cas environ, sans qu'il ait été établi de statistique précise.

BILAN DES CENTRES D'ORIENTATION FAMILIALE

DU 3 AVRIL 1967 AU 30 JUIN 1970

	1967	1968	1969	1970	TOTAL
Total des Consultations	11 797	18 437	26 431	16 014	72 679
Nouvelles Consultantes	4 162	4 398	6 103	2 610	17 273
Grossesses détectées au 1er examen	242	368	560	232	1 402
<u>PRESCRIPTIONS</u>					
Stérilet	2 655	1 809	913	240	5 617
Oestro-progestatif	1 069	2 374	2 817	972	7 232
Diaphragme	3	21	4	7	35
Progestatif-Retard			2 385	1 629	4 014

PREMIERE CONSULTATION	1967		1968		1969		1970		TOTAL
AGE DES CONSULTANTES	%		%		%		%		%
20 et - de 20 ans	236	5,6	360	8,2	713	11,6	343	13,1	1 650
21 - 25 ans	1 968	47,4	1 021	48,2	1 525	49,7	711	49,4	8,440
26 - 30 ans	)	)	1 105	)	1 515	)	595	)	)
31 - 35 ans	)	)	975	36,5	1 250	32,3	494	30,3	5 995
36 - 40 ans	1 603	38,6	641	6,7	732	6	300	6,4	1 177
plus de 40 ans	346	8,3	296	)	368	)	167	)	6,8
PARITE									
nullipare	90	2,1	195	4,4	297	4,8	222	8,5	804
1 - 3 enfants	1 361	32,7	1 599	36,3	2 442	40	1 181	45,2	6 583
4 - 6 enfants	1 418	34,1	1 379	31,6	1 847	30,2	668	25,5	5 312
7 - 10 enfants	996	24	903	20,5	1 197	19,6	409	15,5	3 505
plus de 10 enfants	285	6,8	322	7,3	320	5,2	130	5	1 057
ETHNIE. ORIGINE									
Africaine	624	15	729	16,5	1 047	17,1	435	16,6	2 835
Indienne	501	12	393	8,9	695	11,3	340	13	1 929
Comorienne/Malgache	5	0,1	7	0,1	7	0,1	9	0,3	28
Musulmane	13	0,3	14	0,3	26	0,4	14	0,5	67
Chinoise	79	1,9	39	0,8	60	0,9	34	1,2	212
Créole Blanche	1 576	37,9	1 779	40	2 274	37,2	950	36,3	6 579
Métisse	1 229	29,5	1 320	30	1 920	31,4	767	29,3	5 236
Métropolitaine	126	3	117	2,6	74	1,2	61	2,3	378

Le nombre des premières consultantes est croissant, passant de 4 398 en 1968 à 6 103 en 1969 : les deux années pour lesquelles on dispose de résultats complets. De même, le nombre global de consultations s'accroît et ceci plus rapidement, ce qui implique une meilleure surveillance des femmes traitées, ainsi qu'une diminution progressive des abandons. La part relative des deux termes restant à établir.

En effet, on constate les rapports suivants, entre le nombre total de consultations et le nombre de nouvelles consultantes :

- en 1967 : 2,8
- en 1968 : 4,2
- en 1969 : 4,3
- en 1970 : 6,1

On voit apparaître ici un facteur de limitation de l'activité des centres qui est tout simplement le nombre et la capacité de travail des équipes médicales. En effet, l'adjonction constante de nouvelles consultantes et la diminution des taux d'échec va entraîner l'augmentation rapide des consultations de surveillance.

Lors des consultations, des grossesses ont été détectées, cliniquement ou par réaction immunologique de dépistage d'une prolanurie. Ceci avec une fréquence anormale par rapport aux expériences similaires d'autres pays : jusqu'à 9 % des nouvelles consultantes durant le premier semestre 1970.

Ce point est important car il montre que beaucoup de femmes ne viennent pas spécialement pour la contraception, mais pour " faire venir les règles ", avec l'arrière-pensée de se faire avorter. En effet, si 1 402 grossesses ont été détectées, les femmes venant pour un retard de règles représentent au moins le triple de ce nombre si l'on s'en réfère à notre propre expérience.

Ces femmes sont ensuite incitées à la contraception, mais cet état de fait est le signe qu'il n'existe pas encore de motivations très précises chez la femme réunionnaise. Dans nombre de cas, seule la peur immédiate d'une grossesse lui fait rechercher une contraception.

Les prescriptions montrent bien les préférences successives pour les différents types de contraception.

En 1967, on a pu prescrire 2,5 fois plus de stérilets que d'oestro-progestatifs. En 1968, la proportion s'inversait et les oestro-progestatifs ont été utilisés sensiblement plus souvent. En 1969, on plaçait 1 stérilet pour 3 prescriptions d'oestro-progestatif. Et surtout, apparaissait une nouvelle méthode, l'injection de progestatif trimestrielle qui était tout de suite très bien acceptée par les femmes. En 1970, cette dernière technique est devenue largement prédominante, représentant 4 prescriptions sur 7.

Quant au diaphragme, il est resté prescrit en très petit nombre et uniquement à des femmes très évoluées.

Au total, il y a eu 16 898 prescriptions, quelle que soit la technique. Ce chiffre est supérieur au nombre de consultantes, diminué du nombre des grossesses et des abandons. Ceci correspond au changement de prescription sans abandon de contraception. Ces changements de prescription pratiqués le plus souvent sans raison médicale, mais pour répondre au désir de la femme, sont significatifs de l'acceptabilité de chacune des méthodes.

Il y a eu du 3 avril 1967 au 30 juin 1970 :

- 1 369 abandons de stérilet, soit 24,4 % des prescriptions,
- 878 abandons des oestro-progestatifs, soit 12 %,
- 218 abandons du progestatif-retard, soit 5,4 %
- 4 abandons de diaphragme, soit 11,4 %.

On confirme ainsi la mauvaise acceptabilité du stérilet, s'opposant à la bonne acceptabilité des autres méthodes, le taux d'abandon de 12 % pour la contraception orale s'expliquant surtout par l'introduction de la technique par progestatif retard et le succès immédiat de cette méthode.

Par contre, le taux d'abandon de 5,4 % du progestatif retard représente réellement le pourcentage de troubles fonctionnels majeurs qu'il entraîne (aménorrhées ou métrorragies surtout), le changement de méthode n'ayant jamais été réclamé par la femme en leur absence, dans notre expérience personnelle.

Répartition ethnique des consultantes :

Nous avons vu que la population réunionnaise peut être répartie en grands groupes ethniques mais que les critères d'appartenance sont assez subjectifs.

La répartition ethnique des consultants ne montre pas de variation significative d'une année à l'autre. Il est par contre intéressant de la rapprocher de la population globale selon l'évaluation la plus récente, ce qui nous permet de comparer les taux de fréquentation des centres par groupe ethnique.

- Il y a 16,45 % de consultantes africaines, comoriennes et malgaches, alors que les africains représentent 11,6 % de la population.

- 11,6 % d'indiennes malabares ou musulmanes pour 16,3 % dans la population ;

- 37,8 % de créoles blanches pour 19,2 % dans la population ;

- 1,2 % de chinoises pour 2,5 % dans la population ;

- 30 % de métisses : 50,4 % dans la population.

Ceci met en évidence certains éléments : tout d'abord, une sous-fréquentation des centres par deux groupes homogènes : les indiens et les chinois.

Il s'agit des deux groupes ressentant incontestablement leur appartenance raciale et ayant une notion très nette de leur particularisme social. Il est probable que ce refus relatif de la contraception est à rapporter à une volonté de persistance en tant qu'ethnie et à une crainte d'élimination en tant que minorité.

Ce fait semble confirmé par un élément que nous avons souligné plus haut : l'augmentation très rapide du nombre des Chinois et des Indiens musulmans dans les dix dernières années.

Il est probable qu'ici les hommes sont les responsables car leur niveau économique élevé par rapport au reste de la population leur permet d'élever de nombreux enfants, alors que les femmes seraient plus sensibles aux problèmes de la grande multiparité.

Par ailleurs, il existait une sous-fréquentation nette des métisses, mais ceci est très discutable car il s'agit bien entendu du groupe le moins homogène, très difficile à évaluer avec une précision suffisante par rapport au groupe africain et au groupe blanc. On peut considérer que les pourcentages considérés pour ces trois groupes sont difficiles à interpréter.

Répartition des consultantes selon l'âge :

Elle met en évidence que la majorité des consultantes a moins de 30 ans, mais surtout que le pourcentage de femmes de moins de 30 ans s'accroît alors qu'il diminue pour les plus de 30 ans, bien que leur nombre augmente en valeur absolue.

Il existe donc une tendance à venir rechercher une contraception avant la grande multiparité. Ce qui est confirmé par les éléments suivants :

Répartition selon la parité :

L'augmentation de la proportion de nullipare est rapide, passant de 2,1 % en 1967 à 8,5 % en 1970. L'augmentation du pourcentage des femmes ayant 1 à 3 enfants est également nette, passant de 32,7 % à 45,2 %.

Inversement, le pourcentage des femmes des autres catégories considérées décroît, qu'il s'agisse des groupes 4 à 6 enfants, 7 à 10 enfants, ou plus de 10.

Soulignons quand même qu'en moyenne 6 % des consultantes ont eu plus de 10 enfants et sont encore en période d'activité génitale.

Mais, dans l'ensemble, on voit que le nombre et la proportion des consultantes jeunes et ayant peu d'enfants est en augmentation. Il s'agit évidemment des femmes les plus sensibilisées aux problèmes de niveau de vie, de confort et les plus réceptives à la publicité des centres.

Il est regrettable par contre que ne soient pas, à l'heure actuelle, décomptées les illétrées et la répartition professionnelle et politique des consultantes.

Evaluation de l'action des centres d'orientation familiale sur
la démographie :

Il est intéressant d'évaluer les résultats sur la natalité des centres d'orientation familiale, à partir de leur fonctionnement actuel. Mais cette évaluation est forcément approximative pour les raisons suivantes :

- on peut estimer que 500 nouvelles consultantes sont un minimum mensuel. Il était déjà dépassé en 1969, où il y a eu 6 103 nouvelles consultantes.

- les taux de fécondité appliqués dans l'estimation sont constants, correspondant aux taux réels de 1970 de 165 %. Or, ils décroissent d'année en année et, par ailleurs, on ne peut savoir si les taux de fécondité applicables aux femmes sous contraception sont les mêmes que ceux applicables à l'ensemble des femmes en période d'activité génitale.

- on suppose également que l'arrêt de la procréation soit total. Or, les femmes sous contraception ont aussi des enfants, que ce soit volontairement ou non.

- les calculs effectués prennent l'hypothèse que la contraception se répandra et atteindra environ 25 % des femmes en âge de procréer. Or, le comportement de ces femmes peut changer brusquement et le taux de fréquentation ne peut être réellement évalué : il peut être très inférieur ou très supérieur.

Pour toutes ces raisons, les calculs faits ci-dessous ne peuvent correspondre qu'à une évaluation très approximative.

Les données :

Nous avons vu qu'il y a eu du 3 avril 1967 au 30 juin 1970, 72 679 femmes consultantes, chez lesquelles 1 402 grossesses ont été détectées. 71 277 femmes ont donc été mises sous contraception et suivies.

Si l'on considère les tranches annuelles successives en leur appliquant le taux de fécondité de 1970, on obtient les résultats suivants, en tenant compte pour chaque période des nouvelles consultantes et des femmes traitées dans les périodes précédentes :

Du 3 avril 1967 au 31 décembre 1967 :

4 162 consultantes chez qui ont été évitées 700 naissances entre janvier et septembre 1968.

Du 1er janvier au 31 décembre 1968 :

4 398 nouvelles consultantes et 4 162 femmes de la période précédente, soit 8 560 femmes chez qui ont été évitées 1 400 naissances entre octobre 1968 et septembre 1969.

Du 1er janvier au 31 décembre 1969 :

6 103 nouvelles consultantes ajoutées aux 8 560 femmes déjà traitées, soit 14 663 femmes chez qui ont été évitées 2 475 naissances entre octobre 1969 et septembre 1970.

Du 1er janvier au 30 juin 1970 :

2 610 nouvelles consultantes ajoutées aux 14 663 femmes déjà traitées, soit 17 273 femmes chez qui ont été évitées 2 900 naissances d'octobre 1970 à septembre 1971.

Au total, l'action des centres d'orientation familiale aura prévenu environ 7 500 naissances. Nous pourrions calculer l'incidence

sur les naissances pour la période de janvier 1968 à septembre 1971, en admettant un nombre de naissances annuelles de 15 000 pour 1970 et 1971.

Le total des naissances serait de 57 200 environ et un total virtuel de 64 700 naissances en tenant compte des naissances évitées.

L'action des centres représente donc un taux de diminution de 12 %, ce qui est déjà efficace dans la maîtrise de la démographie.

Notons encore que le contrôle des naissances aura un effet multiplié à partir de 1985, date à laquelle les premières générations de 1968 arrivent à l'âge de la procréation et donc que les sujets dont on a empêché la naissance en 1968 et après, commenceraient à avoir des enfants. En tenant compte de tout cela, il faut se reporter aux projections démographiques de l'I.N.S.E.E. déjà citées.

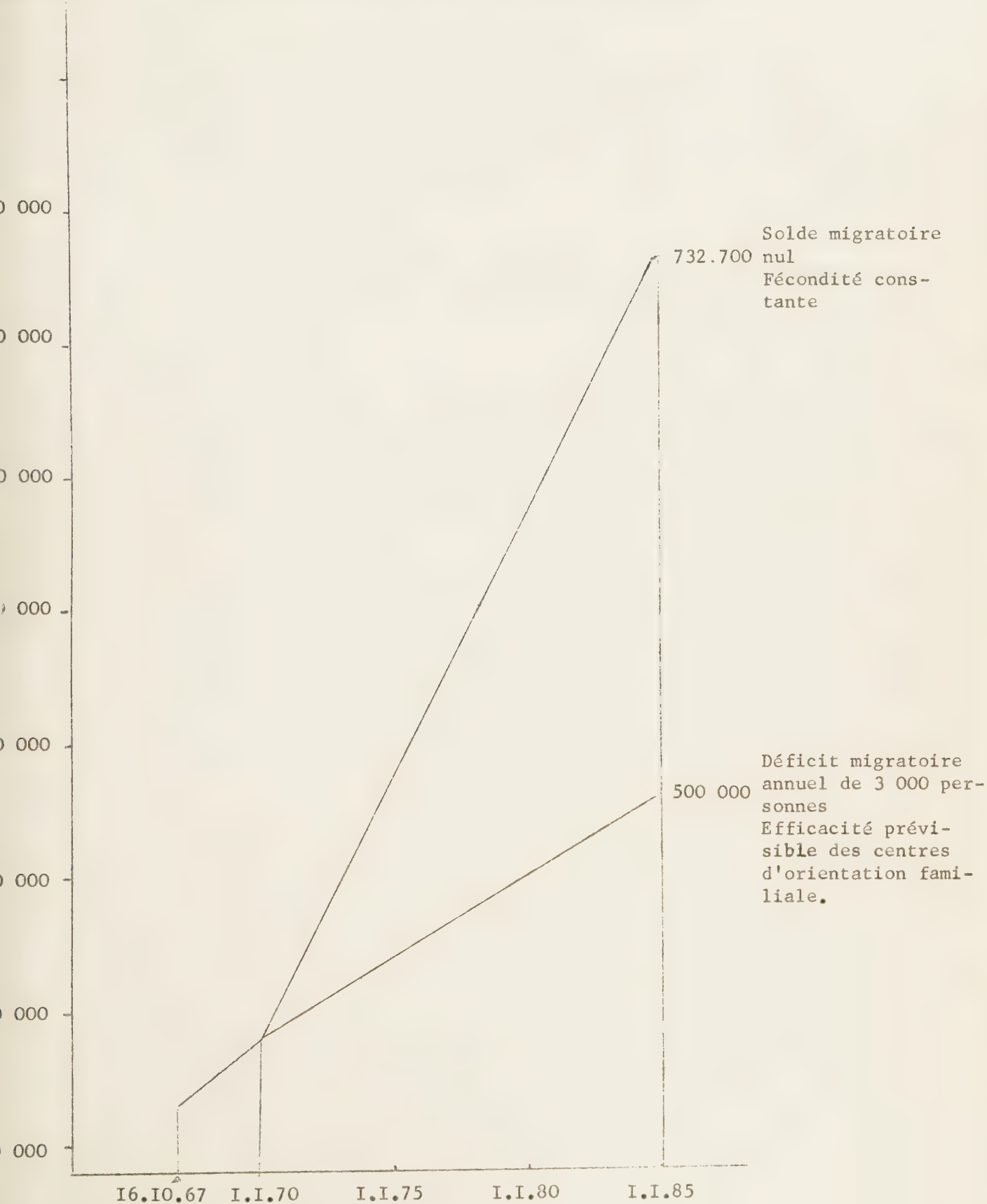
Elles attribuaient à la baisse progressive de la fécondité comme seul moyen de diminuer la population, un déficit de 68 000 individus par rapport à l'hypothèse maximale de 1985.

La poursuite des activités des centres d'orientation familiale, au rythme que nous avons évoqué, conduit en fait à un déficit de 100 000 naissances jusqu'en 1985 d'après les calculs de l'association.

Cette hypothèse d'activité logiquement prévisible conduit à abaisser de 30 000 individus les évaluations de l'I.N.S.E.E. les plus faibles, ce qui est un résultat démographique fort efficace.

PROJECTION DE LA POPULATION EN 1985, AVEC MISE EN OEUVRE
OPTIMALE DES MECANISMES CORRECTEURS DEMOGRAPHIQUES

Population



On pourrait évaluer ainsi la population selon une hypothèse optimale d'émigration et de baisse de la natalité : environ 530 000 personnes en 1985 avec, ce qui est important, vieillissement de la population contribuant par lui-même à réduire la natalité.

Telles sont les méthodes de contrôle démographique appliquées à la Réunion et les résultats qu'elles laissent entrevoir à moyen terme.

Il faut insister sur le fait qu'elles n'ont pu se développer que dans la structure administrative et financière du département français. En effet, elles impliquent des moyens financiers importants et un encadrement médical important.

C'est dire la prudence avec laquelle on doit transposer cette expérience appliquée à une population de l'ordre du demi-million d'habitants aux grands pays sous-développés tels l'Inde, aux populations de plusieurs centaines de millions d'habitants et où l'organisation de la contraception dépend de l'aide technique et financière des grands pays développés au lieu d'être comme à la Réunion une institution locale.

CONCLUSIONS

1°) Nous avons rappelé dans cette étude les problèmes et les caractéristiques économiques, démographiques et administratifs qui caractérisent actuellement l'Ile de la Réunion.

2°) On peut résumer la situation présente en disant un peu schématiquement que dans un milieu géographiquement fermé, insulaire, un développement démographique caractéristique du Tiers-Monde est confronté à des moyens administratifs et à un équipement médico-social proche de celui d'un pays développé grâce à un statut juridique qui l'identifie à la Métropole.

3°) Dans ces conditions, il est possible de quantifier la responsabilité directe et indirecte du progrès social et médical dans l'explosion démographique ; l'accroissement de la population est en effet directement dû à la diminution des mortalités infantile, juvénile et d'adultes jeunes, ce qui multiplie le nombre de femmes en âge de fécondation.

4°) Grâce à l'expérience personnelle que nous avons pu faire dans son sein, nous essayons de décrire l'action des organismes de contrôle des naissances de l'Ile de la Réunion, organismes pratiquement officiels, disposant de moyens, notamment en personnel médical, exceptionnellement réunis dans les pays où se pose le même problème (Inde, Pakistan) .

5°) Nous avons essayé de quantifier cette action par rapport aux autres méthodes, notamment l'émigration.

6°) Notre conclusion est nuancée : les résultats que l'on peut attendre d'une incitation et d'une facilitation de la contraception sont probablement dans les circonstances actuelles capables de résultats à long terme, et susceptibles d'une action mesurable à moyen terme. Le tout est de n'en pas attendre une solution à court terme, disons d'ici l'an 2 000.

7°) Si l'on essaie de transposer sur le plan mondial l'expérience réunionnaise, force est de mesurer l'importance des moyens en matériel et surtout en personnel qualifié qui ont été nécessaires pour obtenir de tels résultats.

Vu, le Président de Thèse

Professeur H. PEQUIGNOT

Vu, le Doyen de la Faculté

Professeur F. DELBARRE

Vu, et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - DEFOS du RAU (J.)
L'Ile de la Réunion. Etude de géographie humaine.
Thèse de Doctorat, Bordeaux 1960, Institut de Géographie.
- 2 - DUPON (J.-F.)
Les immigrants indiens de la Réunion. Evolution et assimilation
d'une population.
Cahiers d'Outre-Mer, 1967, 77 : 49-88
- 3 - ERGANIAN (J.)
Action des Centres d'orientation familiale du Département de la
Réunion. Procès verbaux des séances du Groupe : Population du
Comité d'Expansion Economique et Sociale du Département de la
Réunion - Saint Denis de la Réunion - Juin-Juillet 1969
- 4 - I.N.S.E.E. Service département de la Réunion -
Projections de la population de la Réunion.
Suppl. Bull. de Statis. Saint-Denis de la Réunion, 1970, 20 : 11-17
- 5 - I.N.S.E.E. Paris - Résultats statistiques du recensement général de
la population des Départements d'Outre-Mer du 1er juillet 1954 et du
9 octobre 1961
- 6 - I.N.S.E.E. Paris - Recensement démographique de la Réunion du
16 octobre 1967. Principaux résultats provisoires - Paris 1969.
- 7 - KAUFMANN (E.)
Facteurs psychologiques d'une politique de contraception. Enquête
à la Réunion.
Thèse Médecine, Strasbourg 1968, n° 52.
- 8 - PINCUS (G.)
Population growth and age composition.
Health of Mankind - Ciba Foundation 100 th Symposium
London 1967, 127-147
- 9 - Problèmes démographiques de la Réunion
Les Cahiers Français 126. Documents d'actualité 216, 1968
- 10 - RENOARD (F.)
Les problèmes de promotion sociale à la Réunion.
Mémoire de Stage E. N. A. 1964

